

診療申込書

受診日：西暦 年 月 日

カルテNo.

ふりがな		職業	生年月日	S・H・R 年 月 日 (歳)
本人の氏名			本人	身長： cm 体重： kg
住所	〒 -			
電話番号	自宅： — —	携帯： — —		
	職場： — —	緊急連絡先： — — (続柄：)		
本人の結婚	西暦 年 月 初婚 (歳) 離婚 (歳) 再婚 (歳)			
未婚の方	パートナーは結婚歴はありますか？ いいえ・はい (お子さん 有 (人)・無)			
ふりがな		職業	生年月日	S・H 年 月 日 (歳)
ご主人の氏名			健康状態	良 ・ 否
パートナー結婚	(歳) 初婚・再婚 (回目) 前妻とのお子さん 有 (人)・無			
出身地	女性() 男性()	ご主人	身長： cm	体重： kg
下記の質問にお答え下さい。(記入された方は、受付にお渡し下さい。)				
I. 今回の受診理由(あてはまるものに○印をつけてください。複数回答可)				
①妊娠希望 ②不育症(流産が多い) ③その他() (不妊歴 年 ヶ月)				
聞きたいこと・気になることがございましたら、自由にお書き下さい。				
()				
II. 家族について				
家族の中で特別な病気の方がいますか。 いる ・ いない				
結核 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 癌 ・ 遺伝病 ・ その他()				
続柄： () () () () () ()				
III. 今までかかった病気について(婦人科以外も含めて)				
① 病気になったり、手術を受けたことがありますか。 有 ・ 無				
・ 主な病気は 心臓疾患・甲状腺疾患・肝疾患・高血圧・糖尿病・喘息・虫垂炎・精神疾患				
・ 喘息 (有 ・ 無) (時期：) 小児喘息 (有 ・ 無)				
・ 緑内障 (有 ・ 無)				
・ 通院中の病院名： () 病名： ()				
・ 服用中の薬はありますか？ 無・有(薬名：)				
・ 手術は				
術名： (歳) (年 月) 病院名：				
術名： (歳) (年 月) 病院名：				
② アレルギー体質ですか。 いいえ ・ はい				
・ 卵 ・ 大豆 ・ ヤシ油 ・ ココナッツ ・ その他 ()				
④ 今までお薬や注射で副作用(じんましん等)をおこしたことがありますか。				
いいえ ・ はい (薬剤名：)				
IV. 輸血を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい				
宗教上の理由で輸血ができない等ありますか。 いいえ ・ はい				
V. 子宮ガン検診を受けたことがありますか。				
いいえ ・ はい (年 月/ 異常なし ・ 経過観察 ・ 精密検査要)				
VI. 喫煙・飲酒について				
喫煙：しない ・ する (1日 本) 飲酒：しない ・ する (1週間に 日)				
VII. 健康診断を受けたことがありますか。 いいえ ・ はい (西暦 年 月)				

VIII. あなたの月経について

- ①月経周期は 順調・不順 (~ 日型) ② 月経は何日ぐらい続きますか (~ 日間)
- ③月経の量は 多い(1-2cm以上のかたまりがでる) ・ 普通 ・ 少ない
- ④月経痛は 無 ・ 有 (下腹痛 ・ 腰痛 ・ その他)
- ⑤初めての月経(初経)は (歳)
- ⑥月経前に不快な症状はありますか 無 ・ 有 (頭痛 ・ 吐気嘔吐 ・ 倦怠感 ・ 気分の落ちこみ)
- ⑦最後の月経はいつですか _____ 月 _____ 日 ~ _____ 日間
- ⑧産婦人科を受診したことはありますか?

(いいえ ・ はい 【受診内容: _____ いつ頃: _____ 病院名: _____ 】)

IX. 不妊治療について

基礎体温は測定していますか はい・いいえ 【「はい」の場合: アプリ(ルナルナ・それ以外) 表】

性交渉の頻度は (_____ 回/月)

今までに不妊の検査や治療を受けたことがありますか 無 ・ 有

病院名: _____ 期間: _____ 備考: _____
 病院名: _____ 期間: _____ 備考: _____
 病院名: _____ 期間: _____ 備考: _____

どのような検査や治療を受けましたか(あてはまるものに○印をつけてください。)

卵管造影(_____ 年 _____ 月 _____ 歳) (病院名: _____) 正常 異常

通水(_____ 年 _____ 月) 正常 異常

ヒューナーテスト(性交後子宮に精子があがっているかチェックする検査) 正常 異常

排卵誘発剤 飲み薬: クロミッド セキソビット

注 射: hMG注射 hCG注射 その他(_____)

精液検査 _____ 回 正常 異常

AIH(人工授精) _____ 回 (病院名: _____)

採卵 _____ 回 (病院名: _____)

胚移植 _____ 回 (体外受精: _____ 回 ・ 顕微授精: _____ 回) (病院名: _____)

腹腔鏡 _____ 年 _____ 月 _____ 歳の時(病院名: _____)

子宮鏡下卵管通水: _____ 年 _____ 月 _____ 歳のとき(病院名: _____)

その他:

X. あなたの妊娠、分娩について

①妊娠したことがありますか 無 ・ 有

妊娠 _____ 回 分娩 _____ 回 自然流産 _____ 回 人工中絶 _____ 回 異所性妊娠(外妊) _____ 回

	年月日 週数 妊娠は?	経 過	病院名
1	_____ 年 _____ 月 _____ 日 自然 (_____ 歳) _____ 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
	月経再開日:西暦 _____ 年 _____ 月から	授乳期間:西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 月	
2	_____ 年 _____ 月 _____ 日 自然 (_____ 歳) _____ 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
	月経再開日:西暦 _____ 年 _____ 月から	授乳期間:西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 月	
3	_____ 年 _____ 月 _____ 日 自然 (_____ 歳) _____ 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
	月経再開日:西暦 _____ 年 _____ 月から	授乳期間:西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 月	
4	_____ 年 _____ 月 _____ 日 自然 (_____ 歳) _____ 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
	月経再開日:西暦 _____ 年 _____ 月から	授乳期間:西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 月	
5	_____ 年 _____ 月 _____ 日 自然 (_____ 歳) _____ 週 治療後	流産・中絶・分娩(自然・吸引・帝切)・その他 (男・女 ・ _____ g) (_____)	
	月経再開日:西暦 _____ 年 _____ 月から	授乳期間:西暦 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 月	